

Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela y del C.A.S.M.U.

VAGOTOMIAS Y PILOROPLASTIA (*)

Técnica Quirúrgica

Dr. Julio Mañana

Las bases fisiopatológicas de esta intervención se estudian en la tercera tesis de adscripción del autor. "Vagotomías infradiafragmáticas sus bases fisiopatológicas...".

Nota preliminar

En esta reunión sobre cirugía gastroduodenal, escucharon en las comunicaciones que me precedieron, distintas técnicas quirúrgicas para encarar el muñón duodenal difícil en la cirugía del úlcus duodenal. Traigo a consideración de Uds., una técnica que no debe ser pródiga en el tratamiento de esta afección, pero tampoco olvidada; la vagotomía infradiafragmática.

En el tratamiento del úlcus duodenal, no existe dualidad entre tratamientos médico y quirúrgicos, y no existen antagonismos tampoco, entre las distintas técnicas quirúrgicas, sino que cada una de ellas tienen distintas indicaciones. La vagotomía y piloroplastia pertenecen al arsenal terapéutico del úlcus duodenal y por consiguiente la descripción de su técnica tiene lugar en esta reunión.

Consideraciones técnicas sobre la Vagotomía y Piloroplastia

Pre-operatorio. — Igual al instituido para una intervención de resección gastroduodenal. Sólo que la sonda gástrica que usamos, por su permanencia prolongada en el post-operatorio, será de plástico, fina, lo suficiente firme, como para su fácil introducción, y luego en el esófago a la temperatura de éste se ablanda. La fijación de esta sonda es sin apoyo sobre el orificio de la nariz elegida, para no lastimar y ulcerar los cartílagos nasales.

Intervención. — Posición del paciente: Decúbito dorsal, con apoyo pies, para mantener la posición de Broca (Trendelenburg inverti-

(*) Trabajo presentado en la reunión conjunta de la Sociedad de Cirugía con la Sociedad del Este en Rocha, el día 28 de julio de 1962.

do), porque de esta manera se crea un presión infradiaphragmática sub-atmósferica por la cual las vísceras tienden a caer, siendo más fácil la disección de esta región. Dos valvas de García Capurro, que separan y levantan ambos rebordes.

Incisión: Mediana Supraumbilical, continuada infraumbilicalmente por una paramediana latero-rectal interna izquierda, con resección del

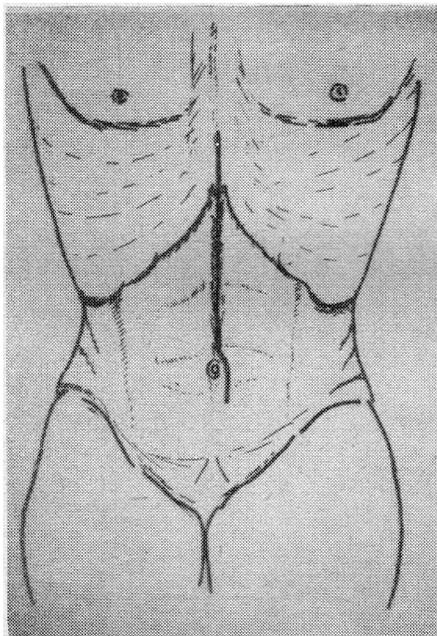


Fig. 1. — Incisión: Mediana supraumbilical desde el 4º espacio intercostal en la línea medio Sternal.

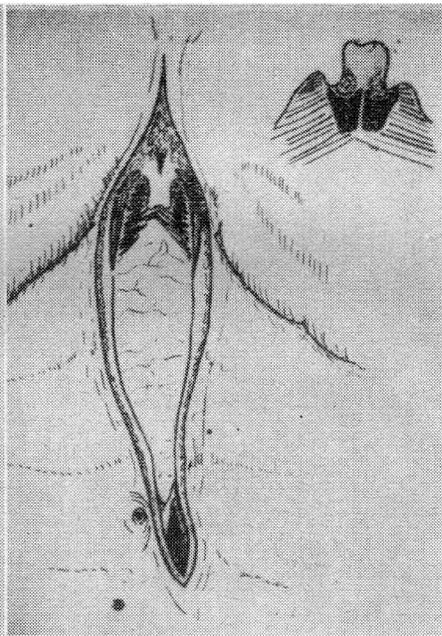


Fig. 2. — Resección del apéndice xifoides; se aprecia la separación lograda luego del ruginado de su cara anterior y el complejo muscular retroxifoideo luego del ruginado de su cara posterior.

apéndice xifoides. Por dicho motivo nuestra incisión comienza bien alta, sobre la línea media sternal a la altura del 4º espacio intercostal, separamos ruginando ambos rectos de la cara anterior del xifoides, exponiendo y seccionando el ligamento xifoideo medio, inicio de la línea blanca, exposición de los bordes laterales del xifoides, donde se aprecia el ligamento condroxifoideo lateral y las inserciones en éste y en los bordes del xifoides del transverso del abdomen; a bisturí eléctrico delimitamos todo el xifoides, levantando su extremo inferior con una pinza de Osner, ruginando su cara posterior, donde presta inserción

al conglomerado retroxifóideo de May, integrado por la unión de los ases xifóideos del diafragma, transverso y triangular del Sternón, manteniéndonos sobre la cara anterior del triangular del Sternón evitamos por todo el espesor de este músculo y la facia endotorácica abrir los fondos de sacos pleurales mediastínicos anteriores. Resección del xifoides. Nos parece que esta manera de actuar, reseca en totalidad

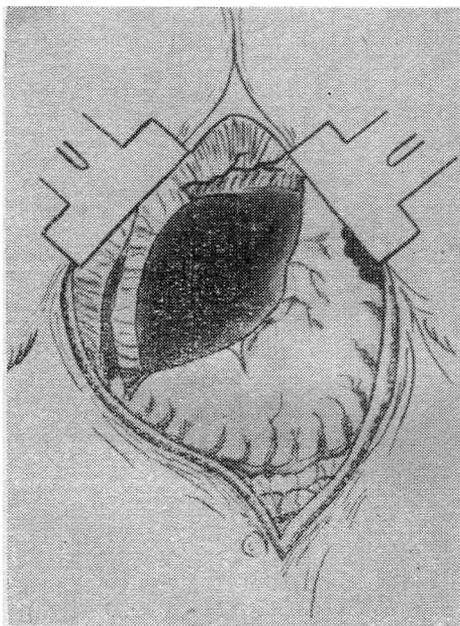


Fig. 3. — Separación de ambos bordes costales con valvas de García Capurro. Sección del ligamento falciforme y triangular izquierdo.

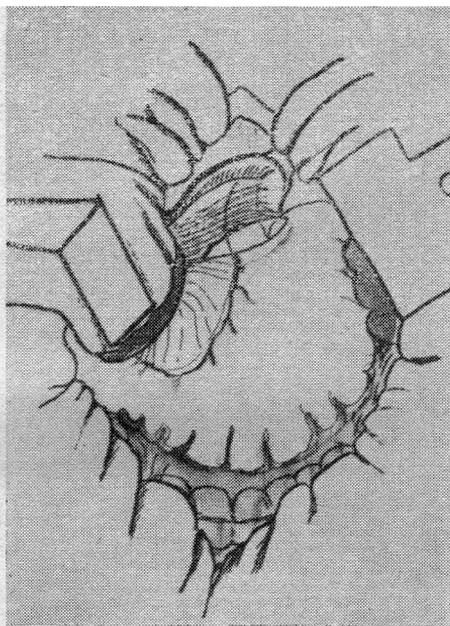


Fig. 4. — Sección del epiplón menor a la altura de la parte condensada y exposición del esófago.

el xifoides, ampliando la incisión mediana en 3 centímetros hacia arriba; no sangra, porque nos mantenemos por el ruginado intra periostio, lejos de los vasos, y evitamos la abertura pleural, porque estamos en cara anterior del triangular.

La vagotomía es una intervención no dificultosa si logramos un amplio acceso al esófago abdominal.

Se lateraliza el paciente a la derecha, lugar donde opera el cirujano. La posición, la incisión y las maniobras de separación logran una visión correcta de la región infradiafragmática izquierda.

Movilización del lóbulo izquierdo del hígado: Previa ligadura del ligamento redondo, seccionamos el falciforme en su parte media lon-

gitudinalmente, hasta que éste se vuelve prismático triangular, relleno de un tejido areolar, que significa que se unió con el coronario y 1 o 2 centímetros se encuentra la vena cava.

Sección del Triangular izquierdo (Fig. 3): Traccionamos el lóbulo izquierdo del hígado hacia abajo, exponemos el triangular y lo sec-

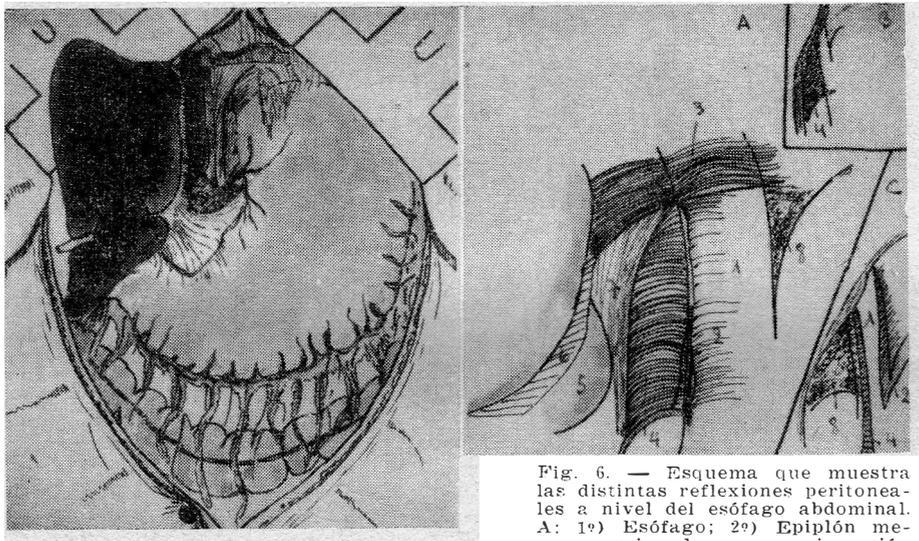


Fig. 5. — Preparado anatómico donde se luxó el lóbulo izquierdo del hígado y se retiró toda la porción superior del epiplón menor. Se aprecia lóbulo de Spiegel, la vena cava, pilar derecho del diafragma, el ligamento frenocoronarioesofágico, el esófago, etc.

Fig. 6. — Esquema que muestra las distintas reflexiones peritoneales a nivel del esófago abdominal. A: 1º) Esófago; 2º) Epiplón menor seccionado en su inserción Esof.; 3º) Parte condensada del epiplón menor; 4º) Ligamento frenocoronarioesofágico; 5º) Lóbulo de Spiegel; 6º) Epiplón menor en su inserción en el hígado; 7º) Pilar derecho del diafragma; 8º) Tejido conjunto periesofágico. B: Vista de perfil del ligamento frenocoronarioesofágico. C: Vista de perfil luego de retirado este ligamento.

cionamos en su parte media, procedemos en esta forma, porque a veces resulta dificultoso iniciar su sección por el borde libre izquierdo de éste; completamos el corte a la izquierda primero, y luego hacia la derecha, hasta encontrarnos con la sección del falciforme en el tejido areolar antes mencionado.

Peligros de la sección del triangular: Hay que hacerla mismo en el medio, porque en la inserción diafragmática del triangular corre la vena diafragmática inferior izquierda, y en la inserción hepática corre la marginal posterior izquierda, rama suprahepática del segmento dorsal del lóbulo izquierdo del hígado, que va a buscar la suprahepática izquierda. La misma suprahepática izquierda que en el extremo más

derecho del triangular izquierdo abandona la cisura de Aranthius para buscar la vena cava.

Con una valva de Allison protegida por una compresa de gasa mojada en suero tibio, un ayudante reclina el lóbulo izquierdo hacia la derecha exponiendo el esófago abdominal.

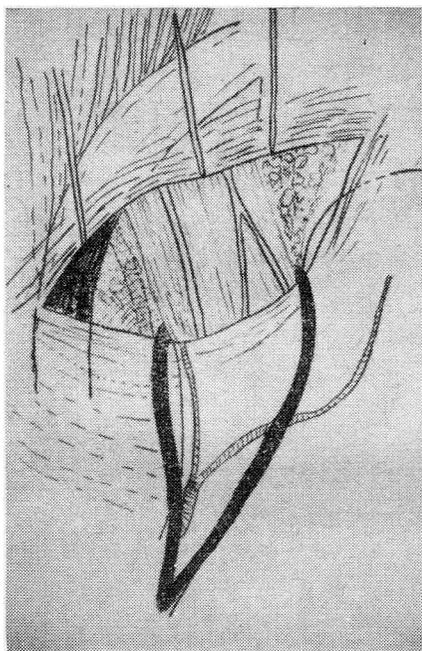


Fig. 7. Mala manera de proceder a cargar el esófago con la sonda melaton, porque deja por detrás de ésta en el espesor del tejido conjuntivo peri-esofágico el nervio vago posterior.

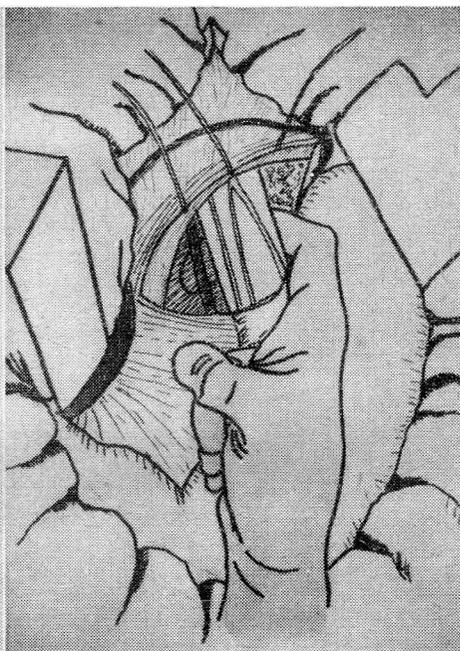


Fig. 8. — Manera correcta de diseccionar y cargar el esófago. Palpando el vago posterior como una cuerda por detrás y a la derecha del esófago.

Movilización del esófago: Se secciona el peritoneo preesofágico en una extensión de unos 5 centímetros por delante del esófago en plena parte condensada del epiplón menor; se toma con riendas de lino 70 el borde superior de la sección elevando y separándolo del esófago y de su tejido conjuntivo periesofágico, a disección aguda a punta de tijera. No inyectamos colorantes para rellenar los linfáticos y ver por contraste los nervios en blanco, porque las veces que lo hicimos, no nos facilitó la disección. Se pasa un dedo a través del ángulo de His que forma el esófago con la tuberosidad mayor del estómago rodeando al esófago; la presencia de la sonda intraesofágica facilita esta ma-

niobra; el dedo se dirige hacia atrás hasta palpar la aorta, luego se inclina a la derecha sobre la cara anterior de ésta, para luego dirigirse hacia adelante, no sin antes haber sentido la cuerda que forma el vago posterior y derecho en la cara posterior y el borde derecho del esófago, impide pasar el dedo por el borde derecho del esófago, el

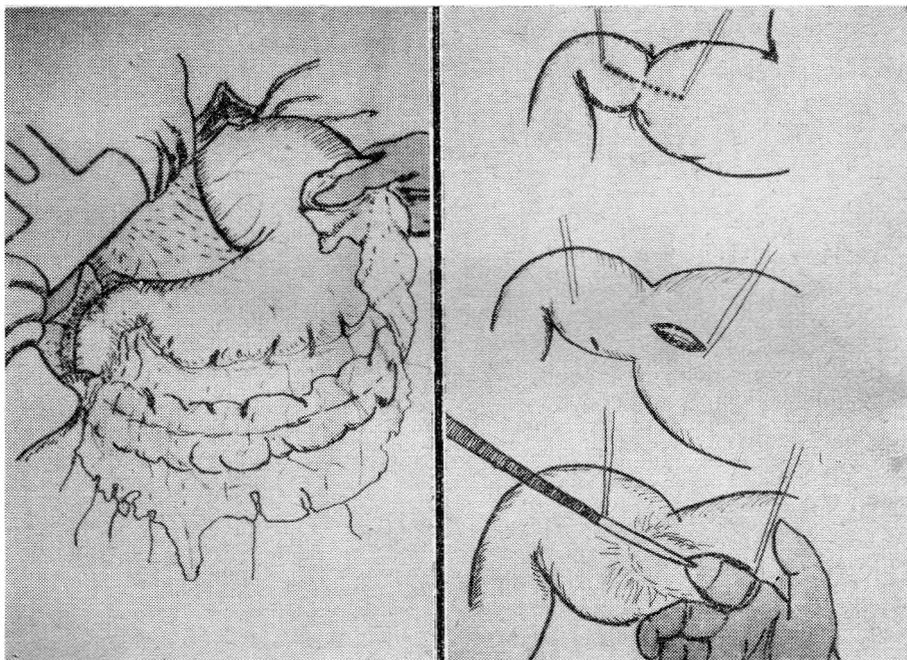


Fig. 9. — Se inicia la piloroplastia por la movilización correcta del duodeno, con la sección de la lámina preduodenal periton al y con movilización del duodeno-páncreas.

Fig. 10. — En los tres siguientes esquemas se muestra la manera de proceder a abrir el duodeno.

ligamento frenogastroesofágico de Barret, que une el pilar derecho del diafragma al borde derecho del esófago; este ligamento no es más que la hoja vascular que continúa hacia arriba la hoz de la coronaria estomáquica, y donde se encuentran, linfáticos, filetes 3 o 4 del vago hacia el hígado, arterias y venas esofágicas. Cuando el dedo hace prominencia a través de este ligamento en el borde derecho del esófago, con una tijera seccionamos el ligamento, pasando con un pasahilo de Sem, una sonda Nelatón blanda que tracciona del esófago hacia abajo y a la izquierda. Queremos hacer las siguientes aclaraciones: Movilizamos el esófago sin pretender realizar una disección intratorácica. Se

hasan las precauciones antedichas para rodear el esófago, en la obligación de cargar junto a él todos los ramos vagales, porque si no se procede de esta manera, algunos de estos nervios posteriores y el propio vago derecho, pueden quedar aislados en el tejido periesofágico posterior, y su búsqueda resulta entonces dificultosa. Hacemos previamente a estas maniobras una infiltración de Xilocaína al medio por ciento de 5 cms. cúbicos, pero siempre nuestro anestesista en el

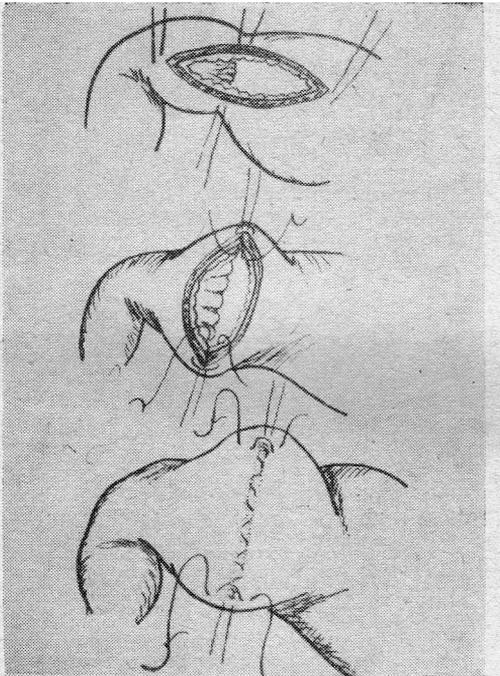


Fig. 11. — Manera de proceder para cerrar la piloro-plastia.

instante de movilización esofágica inyecta previamente una ampolla de morfina o petidina, se trata de esta manera de abolir los reflejos vagales.

Sección de los nervios vagos: Comenzamos de derecha a izquierda tanto por la cara anterior como por la posterior. En este tiempo sólo se necesita paciencia y luz. Un foco frontal suele ayudar mucho. Sección con previa ligadura de los cabos superior e inferior de todo haz que pueda ser nervio con lino 80. Resecamos 1 centímetro de nervio. La sección del Vago posterior es fácil por el signo de la cuerda ya descrito, pero seccionamos y ligamos todo elemento vásculo nervioso que veamos en el espesor de la hoja vascular de la coronaria estomá-

quica. Hasta que observemos nítidamente las fibras longitudinales del esófago y lo hayamos examinado por todas sus caras, hasta que no apreciando ningún elemento que pueda ser vaginal, no abandonamos este tiempo, nos ayudamos con una lupa. El éxito de la operación depende de la sección de todas las ramas vagales.

Se revisa la hemostasia y se cierra a puntos separados, la brecha peritoneal por la cual abordamos el esófago.

Todo fragmento que retiramos con apariencia de nervio vago, lo mandamos a estudio anatomopatológico, realizado por los doctores Gardiol y Scandroglio. Para que nos confirmen las presencias de fibras nerviosas. Siempre resultan menores el número de fibras nerviosas que sacamos, que los trozos enviados de cada paciente a estudio anatomopatológico.

Piloroplastia: Realizamos Piloroplastia de Heineke - Mikulicz. Movilizamos el duodenopáncreas, para tener más acceso a toda la cara anterior del duodeno. Se delimita la sección antropilórica sobre la cara anterior de éstos y colocamos dos riendas de lino 70, una en el extremo más izquierdo de lo que va a ser la abertura gástrica y otro en el extremo más derecho de lo que va a ser la abertura duodenal. Previa a la sección del píloro ligamos con punto transfisante los vasos pilóricos. Comenzamos la abertura por el extremo gástrico, introduciendo el bisturí en forma firme para no separar las capas del estómago y seccionar junto con la muscular la mucosa. Se introduce un dedo por la abertura gástrica así lograda. (Trabajamos con dos pares de guantes colocados) e introducimos el dedo en el píloro hasta el duodeno, cortando sobre éste, seccionamos 4 centímetros de estómago, el píloro y dos de duodeno. Procediendo en esta forma evitamos cortar la cara posterior del píloro y duodeno que por el mismo proceso patológico ulceroso se encuentran casi en contacto.

Cierre de la Piloroplastia: Sección longitudinal, cierre transversal, dos riendas de lino 70, una colocada en el extremo superior del píloro y otra en el extremo inferior de éste, evitan que cuando se cierra la piloroplastia, la formación de dos orejitas invaginadas en los extremos antedichos, que estrecharía el orificio de comunicación gastroduodenal. Cierre con catgut crómico cero a surget, punto de Smieden totales y luego un sero-seroso a puntos separados de lino 70.

Nos quedamos satisfechos si la piloroplastia admite un pasaje fácil de 3 centímetros.

POST-OPERATORIO

Nada por boca. Aspiración por la sonda gástrica de manera continua. Aquí deseamos hacer la siguiente aclaración, que lo que aspiramos nosotros es completamente distinto a lo que dicen la Escuela

de Dragsteed y sus continuadores; ellos aspiran cantidades importantes de contenido gástrico hasta los cuatro días, comenzando la realimentación en forma fraccionada luego de este tiempo. Nosotros no apreciamos estos datos; en la oportunidad que en 24 horas aspiramos más, fue 350 c.c. Por estas razones estamos en esos momentos realimentando en el 3er. día. Los primeros enfermos que operamos, la aspiración la efectuábamos con un sistema de Wagesteen, luego al ver que las cantidades aspiradas eran ínfimas, aspiramos cada hora on jeringa vacía.

Realimentamos al tercer o cuarto día con líquidos, en las primeras 24 horas divididas en cuatro fracciones de seis. Las primeras 6 horas, 50 c.c. de agua cada 2 horas; las segundas 6 horas, 75 c.c. de agua y leche descremada al medio cada 2 horas; las terceras seis horas, 100 c.c. de agua o tilo o leche descremada cada 2 horas según la tolerancia del paciente; las cuartas 6 horas 150 c.c. de los mismos líquidos cada 24 horas. Para luego seguir como en un post-operatorio gástrico. Antes de alimentar a nuestros pacientes realizamos el test de la sonda gástrica que se estila para explorar el funcionamiento de la boca del asa eferente, en las gastrectomías. Como complicaciones en el post-operatorio inmediato o alejado no observamos ninguna.

CONCLUSIONES

Nuestro número de enfermos operados son relativamente pocos, 16 en total. No hemos tenido ninguna complicación y los resultados podemos considerarlos como buenos, a pesar del poco tiempo transcurrido de estas observaciones. Consideramos que los cirujanos deben estar familiarizados con esta técnica quirúrgica, ya que tenemos la firme convicción, que muchos enfermos realmente se beneficiarían de su aplicación. Recordamos que los malos resultados atribuidos a esta técnica, antes de aceptarlos deben hacer meditar si la vagotomía fue total y la operación de drenaje gástrico (piloroplastia) logra un adecuado vaciamiento del estómago.

BIBLIOGRAFIA

Literatura Consultada

- DRAGSTED, R. L. y Colab. — "Vagotomía Gástrica Transabdominal". El Día Méd. Arg. 2401; diciembre 1947.
- DORTON, H. E. — Vagotomía, piloroplastia y sutura. Una terapéutica efectiva y segura para la úlcera duodenal hemorrágica. *Annal Surg.* 153: 458, 1961.
- EDWARDS, W. L. and Col. — "Úlcera duodenal, tratamiento por vagotomía y extirpación del Antro pilórico". *Annal. Surg.* 5: 680, 1957.
- KNOX, W. G. and WEST, P. J. — "La vagotomía en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal". *Annal. Surg.* 149: 425, 1959.

- MAÑANA, J. — Hemorragias digestivas altas, etiología, diagnóstico y tratamiento. 3ª tesis de adscripción. Facultad de Medicina. Montevideo, 1960.
- MAÑANA, J. — "Vagotomías infradiafragmáticas, sus bases fisiológicas, sus indicaciones, sus resultados." 4ª tesis de adscripción. Facultad de Medicina, 1961.
- MARSHALL, S. and FREEDMAN, N. A. — Operaciones gástricas y vagotomías. *Annal. Surg.* 9:827, 1961.
- MATTHEWS, F. and KNIGHT, S. — Vagotomías y piloroplastias. *Annals. Surg.* 6:644, 1960.
- NYHUS, L. M. and Col. — Gastroyeyunostomy and Finney piloroplasty. Their effects upon Heidenhain Pouch secretion in vagotomized and no vagotomized Dogs. *Surg.* 4:346, 1953.
- POLLOCK, A. V. — Vagotomy in treatment of peptic ulceration. Review of 1524 cases. *Lancet* 2:795, 1952.
- WADDEL, W. and BARTLETT, N. — Exclusión del antro con vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal. *Annal. Surg.* 1:1, 1957.